



ВЕСТНИК МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО

# МОСКОВСКИЙ ДОКТОР

Декабрь 2006  
№ 23 (40)

НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ТЕРАПЕВТОВ



— Салават Шейхович, каковы предпосылки создания института?

Все достаточно просто, если вспомнить конец прошлого столетия. Конец 90-х — это отсутствие достаточного финансирования федеральных образовательных структур. В 1998 г. в Дальневосточном государственном медицинском университете ректором издается приказ, что все врачи должны обучаться на платной основе. Это вызвало волну возмущения среди медицинских работников, тем более что было это как раз после дефолта: нет денег в здравоохранении, нет у людей и в учреждениях и вдруг — учиться за деньги. А ведь работал приказ об обязательной сертификации, и хотя сама проблема до сих пор юридически не решена, она зависла в воздухе. Организаторы здравоохранения стремились выполнить требования Минздрава, главные врачи брали деньги из

разных статей бюджета, направляли своих сотрудников на учебу. А потом этими вопросами стала заниматься прокуратура. В общем клубок казался бы неразрешимых проблем. Еще один парадокс — работают кафедры и обучают на базах краевого лечебного учреждения, а людей учат за деньги. Нонсенс.

И еще в Хабаровском крае начиналось уже тогда то, что в России сейчас называется национальным приоритетным проектом «Здоровье». Администрация Хабаровского края стала активно заниматься реформами в здравоохранении: реконструкцией лечебных учреждений, оснащением их новой техникой. Это потребовало подготовки специалистов, которые бы ориентировались в современных проблемах, могли бы выбирать наиболее оптимальные способы диагностики и лечения.

Вот в 2001 г. и появляется постановление о создании Института повышения квалификации специалистов здравоохранения, учредителем которого является администрация Хабаровского края. В соответствии с положением был проведен конкурс на должность ректора, и с 18 сентября я приступил к работе в должности ректора.

— Ваш институт оказался конкурентом вузу, который до сих пор проводил повышение квалификации? Чем вы от этого вуза отличаетесь?

Этот вопрос задавался, задается и какое-то время будет задаваться. Никогда ни один федеральный вуз, особенно периферийный вуз, не мог обеспечить потребности по переподготовке на бюджетной основе. Это всегда очень ограниченное число специалистов, потому что федеральное финансирование ограничено. В Дальневосточном государственном медицинском университете было всего несколько последипломных кафедр: терапии, хирургии, акушерства и гинекологии, рентгенологии, были ставки для анестезиологов, физиотерапевтов и ЛФК и все. А остальные должны учиться за деньги либо здесь, либо где угодно. Квоты для обучения на центральных базах были минимальны. И более того, полететь учиться в Москву, жить там месяц-два, на какие деньги? Денег у учреждений нет, их нет и у людей.

С другой стороны, как работают федеральные учреждения: это жесткие планы на достаточно долгий период. Оперативного реагирования на изменяющиеся потребности практического здравоохранения здесь в регионе добиться было чрезвычайно сложно. К примеру, идея проведения школ для больных сахарным диабетом, гипертонической болезнью так и не нашла поддержки в стенах Университета, потому что надо было запросить Москву, получить от туда добро. Потом, кому интересны эти небольшие школы, ведь самый хороший — это 2–3 месяца: приехали слушатели, у тебя отработан материал из года в год, и учеба идет как всегда. А провести недельный цикл, а потом еще один недельный — этим не каждый преподаватель по своей собственной инициативе займется. Это мед-

ленно реагирующая на изменение окружающей нас среды машина, она по сути дела обречена на то, чтоб появилось нечто другое, более приспособленное к меняющимся условиям жизни. В условиях отсутствия конкуренции кто будет заниматься переустройством собственного механизма обеспечения переподготовки?

Когда создавали структуру института, думали над тем, чтоб снять дублирование Университета по целому ряду направлений. У нас есть кафедры, которые сегодня занимаются подготовкой специалистов, которые в ВУЗе будут в роли пасынков. Ну к примеру: клиническая лабораторная диагностика — такой цикл хозрасчетный в университете существовал на кафедре пропедевтики внутренних болезней, занимались этим люди, кото-

И еще в Хабаровском крае начиналось уже тогда то, что в России сейчас называется национальным приоритетным проектом «Здоровье».

роги пасынков. Ну к примеру: клиническая лабораторная диагностика — такой цикл хозрасчетный в университете существовал на кафедре пропедевтики внутренних болезней, занимались этим люди, кото-

## Мы счастливы тем, что мы нужны

Беседа с ректором Хабаровского Института повышения квалификации специалистов здравоохранения профессором С.Ш. СУЛЕЙМАНОВЫМ



рые основную часть времени преподавали пропедевтику, а потом в качестве дополнительного заработка, обучали лабораторию, про которые только что слышали.

Мы лабораторную кафедру организовали, преподаватели профессионально занимаются лабораторными вопросами и по основному месту работы и в учебных аудиториях: привлекли для работы специалистов из практического здравоохранения, часть преподавателей — наши штатные сотрудники. Оказалось, что такая кафедра более чем востребована.

Новое оборудование сейчас поступает в рамках Национального проекта, и нам не надо перестраиваться, чтобы заниматься подготовкой специалистов, у нас преподаватели есть. Сейчас с фирмами-поставщиками ведутся переговоры о том, что специали-

сты по работе на этих аппаратах обучат учителей. И мы под переоснащение в рамках Национального проекта будем учить на конкретной технике, на конкретных аппаратах. Кафедра профилактической медицины занимается школами, чтобы обучить, поскольку она рассчитана в основном на поликлиническое звено медицинских работников, она будет заниматься и подготовкой врачей общей практики. Нам представляется, что это будет очень правильно — идеология врача общей практики в

### ПРЯМАЯ РЕЧЬ

И мы под переоснащение в рамках Национального проекта будем учить на конкретной технике, на конкретных аппаратах.

том числе, в значительной степени — это работа по профилактике заболеваний. Кафедра скорой медицинской помощи и медицины катастроф — не было кафедр

скорой помощи, ну не было — специалисты скорой помощи есть, специалисты среднего звена есть, а учит их кто? Анестезиологи и реаниматологи, а иногда и клинические фармакологи. Учит тот, кто считает, что ему это интересно. Почему я говорю про анестезиологов-реаниматологов, потому что скорая воспринимается как экстренная помощь. Но экстренная-то экстренная, помогли, а дальше что? А дальше ничего.

Дальний Восток — территория, где катаклизмы явление обычное. И природные, и техногенные катастрофы. Мы очень правильно сделали, что такую кафедру организовали. Попытки решать через федеральное министерство они ничем не увенчались: чтобы выделить новую специальность и получить деньги, получить новые ставки — это серьезная проблема.

— Вы закрываете не только Хабаровский край, но и вообще Дальний Восток? А еще есть здесь где-то повышенные квалификации?

Конечно, практически все вузы имеют факультеты профессиональной переподготовки: Владивостокский государственный медицинский университет, в Благовещенске — Амурская медицинская академия, в Якутске есть медицинский институт в составе Университета.

— Но Сахалин, Камчатка, Магадан, Чукотка?

Всего в Дальневосточный федеральный округ входит 10 территорий. У нас учатся и с Чукотки. У меня предложение по выездному циклу на Чукотке.

— А с них вы деньги берете?

Да, с них берем, потому что финансируемся только из бюджета Хабаровского края.

— А если заключить договор на уровне губернаторов, теоретически такой путь возможен?

Абсолютно. Конечно, и мы им выделим квоты...

— То есть получается, что по сути нужно создавать в федеральном округе Институт повышения квалификации, который должны содержать местные власти в солидарном варианте, потому что потребности у местных властей, а не у федеральных и регионы платить должны за свое благополучие?

С одной стороны, такие попытки сделаны: при заключении договоров о сотрудничестве, о взаимодействии субъектов Федерации, входящих в Дальневосточный федеральный округ, с нами согласовывали, какое количество специалистов мы можем принять дополнительно. Но это пока не работает. Спокойно такой вариант можно прорабатывать и внедрять.

В чем еще преимущество вуза, который сосредоточен только на последипломной подготовке? Чтобы не говорили уже о многолетнем существовании факультетов

усовершенствования, основным в учебном вузе все-таки остается студенческий учебный процесс. Нравится это кому-то или нет, так всегда было и так должно быть. Для преподавания врачам, специалистам с большим стажем работы, с особенностями восприятия материала студенческий преподаватель не подходит, он и сам чувствует себя неудобно. Это совершенно разные категории обучающихся. Сегодня на эту тему как-то и спорить нелегко.

— На самом деле это чисто технический вопрос: внутри одного вуза могут быть преподаватели, которые работают только со студентами...

Так оно и есть, но сегодня, когда расширяют спектр подготовки в последипломном направлении, то используют студенческих преподавателей, для них это подработка. Но мы изначально набирали людей из практического здравоохранения, я сам пришел с кафедры, где преподавали и студентам и врачам.

Дальний Восток — территория, где катаклизмы явление обычное.

Для преподавания врачам, специалистам с большим стажем работы, с особенностями восприятия материала студенческий преподаватель не подходит, он и сам чувствует себя неудобно. Это совершенно разные категории обучающихся. Сегодня на эту тему как-то и спорить нелегко.

— На самом деле это чисто технический вопрос: внутри одного вуза могут быть преподаватели, которые работают только со студентами...

Так оно и есть, но сегодня, когда расширяют спектр подготовки в последипломном направлении, то используют студенческих преподавателей, для них это подработка. Но мы изначально набирали людей из практического здравоохранения, я сам пришел с кафедры, где преподавали и студентам и врачам.

Продолжение на стр. 4

## ИнтерНьюс

**Острый холецистит сегодня — наиболее частая ургентная абдоминальная патология у пожилых**

В большинстве случаев причиной заболевания служит желчнокаменная болезнь. Эти пациенты составляют около 15% госпитализированных в стационар хирургического профиля, около 50% из них пожилые и старики. Лечение больных пожилого и старческого возраста с острым холециститом требует дифференцированного подхода. Точная диагностика сразу на этапе госпитализации больного с использованием прежде всего УЗИ дает возможность определить наиболее приемлемый вариант хирургического лечения, необходимость и объем как первичных, так и окончательных мероприятий. Вопрос об объеме лечения следует решать совместно хирургу, терапевту и анестезиологу. Показанием к вынужденной экстренной операции в первые часы госпитализации является распространенный перитонит.

**Источник:**  
Клиническая геронтология,  
2006, № 6

**Псориаз является независимым риском инфаркта миокарда, особенно молодых пациентов с тяжелыми формами псориаза**

Псориаз характеризуется усилением антигенной презентации, активации Т-клеток и Т1-хелперного ответа, а также повышением уровней маркеров воспаления, таких как С-реактивный белок. Как считает д-р Ж. Гельфанд (Пенсильванский университет, Филадельфия), это способствует прогрессированию атеросклероза. Было выполнено популяционное исследование, чтобы оценить риск инфаркта миокарда у пациентов с псориазом, после поправки на гипертонию, диабет, гиперлипидемию, инфаркт миокарда в анамнезе, возраст, пол, курение и индекс массы тела. В целом, 127 139 больным с относительно легкими формами псориаза и 3837 пациентам с тяжелым псориазом (возраст от 20 до 90 лет) было сопоставлено до 5 контролей (n = 556 995). Частота инфаркта миокарда была выше и при тяжелом псориазе (2,9% или 5,13 случаев на 1000 человеко-лет), и при более легком его течении (1,8%, или 4,04 случая на 1000 человеко-лет), чем в группе контроля (2,0%, или 3,58 случаев на 1000 человеко-лет). Относительный риск инфаркта миокарда также зависел от возраста. У 30-летнего больного с легкой формой псориаза относительный риск достигал 1,29, у пациента того же возраста, но с тяжелым псориазом — 3,10, по сравнению с контролем. Для 60-летних пациентов эти показатели составляли соответственно 1,06 и 1,36. В будущем предстоит уточнить влияние клинических маркеров активности псориаза (например, площадь поражения кожи) и маркеров системного воспаления (например, СРБ) на риск инфаркта миокарда. В связи с этим больным псориазом следует как можно более тщательно контролировать модифицируемые факторы сердечно-сосудистого риска.

**Источник:**  
JAMA 2006;296:1735-41

**Пять болезней в одном стакане**

Всемирная Организация Здравоохранения дала голландской биотехнологической фирме Crucell разрешение на продажу новой вакцины Quinvaxem, защищающей от пяти детских болезней: дифтерии, столбняка, коклюша, гепатита В и заболеваний, вызываемых Haemophilus influenzae типа В. Представители Crucell сообщили, что решение ВОЗ предоставить «предварительную оценку на соответствие требованиям» означает возможность начала продажи Quinvaxem организациям UNICEF и PAHO (Pan American Health Organisation). По оценкам специалистов Crucell текущие потребности в вакцине Quinvaxem составляют более чем 50 миллионов доз, с ожидаемым увеличением ежегодных потребностей до более чем 150 миллионов доз в течение последующих пяти лет.

**Источник:**  
Сайт Солвей Фарма

С 28 по 31 октября в Копенгагене прошло очередное, 9-е европейское заседание Международного общества фармакоэкономических исследований и оценки результатов — ISPOR. Изучение результатов — на первый взгляд, это кажется непонятным — но на самом деле вся фармакоэкономика, или, как мы ее называем в России, клинко-экономический анализ базируется на *оценке стоимости полученных результатов*. Российское отделение RSPOR пишется просто как Общество фармакоэкономических исследований.

Российское общество существует с 1998 г. Мы первое национальное отделение ISPOR, а сейчас уже довольно много национальных отделений: и польское, и китайское, и бразильское, и японское. Но, пожалуй, мы являемся не просто первыми по срокам, но и первыми по активности. Начиная с 1998 года практически ежегодно мы проводим самостоятельные российские мероприятия на европейских заседаниях ISPOR: отдельные лекции, большие доклады, совместные заседания Восточноевропейских стран (например обсуждение проблем совместно со странами Балтии, Чехии, Польши, Словакии и Словакии).

Несколько лет подряд мы проводим «русский час»: доклады исключительно из России, посвященные в значительной степени годовому отчету о проделанной работе в области фармакоэкономики, стандартизации,

## В 9-й раз в Европе

*собрались фармакоэкономисты*



рационального лекарственного обеспечения. Откровенно говоря, нам не известны другие мероприятия такого международного уровня, на которых бы Россия была так представлена. Это не случайные разовые мероприятия, а действительно планомерный ежегодный отчет. В прошлом году с нами ездили порядка 50 российских представителей медицинской элиты страны, в этом году около 25 человек. Причем это представители не только московской школы, специалистов из различных регионов страны, которые занимаются вопросами лекарственного обеспечения: руководители областных фармаций, главные терапевты или клинические фармакологи, руководители и заместители руководителей ТФОМСов, заместители министров здравоохранения.

Во время конференции обязательно проводится образовательная программа, в частности по системам компенсации за лекарства, в русском варианте это льготное или государственное обеспечение лекарственными средствами. В прошлом году мы делали это с синхронным переводом. Особенностью секции в этом году было то, что она проводилась на русском языке, более того, исполнительный директор Мэрилин Смит приветствовала русскую делегацию на русском языке, подчеркивая тем самым нашу, можно сказать, приоритетность, значение в ISPORe.

К сожалению, из 50 человек российской делегации почти половина отсутствовала. Все-таки это российское представительство, это в своем роде медицинский фармацевтический Давос, и отсутствие достаточно большого числа лю-

дей, которые непосредственно занимаются фармакоэкономикой в России, во главе с заведующей одной из фармакоэкономических лабораторий (это не случайные люди) обратило на себя внимание всех. Была ли это демонстрация или нет — сказать трудно.

На русском часе мы обсуждали вопросы, связанные с дополнительным лекарственным обеспечением, и вопросы, связанные с лекарственным обеспечением благотворительных организаций, действующих в России, и вопросы, связанные с участием в лекарственном обеспечении крупных фармацевтических компаний. Очень много было вопросов из зала, все извинялись, что они не могут задать вопросы по-русски. Все наши слайды были на английском, поэтому материал в принципе был доступен для слушателей. Вопросы из зала задавали и русскоговорящие, наши соотечественники, которые работают за рубежом в крупных фармацевтических компаниях. Наша секция вызвала неподдельный интерес, пришла новый президент ISPORa, которая начинает свою работу в этом году.

Важным моментом для нас был спор о роли и месте доказательной медицины, о методах, которые используются в медицине доказательств, в клинических исследованиях, насколько они пригодны для проведения клинко-экономического анализа. И нам, в общем, лестно, что международное сообщество поддержало нашу точку зрения: доказательная медицина не является

основной и главной, это лишь один из инструментов, который также должен быть критически оценен, как и все иные инструменты. Даже специальный документ был принят по поводу того, что клинко-экономические или фармакоэкономические исследования лекарственных средств должны базироваться на изучении типичной практики, а не на специальных моделированных исследованиях, где отбираются определенные больные. Клинические исследования, которые часто у нас называют доказательными, являются рафинированными и очень существенно отличаются от истинного положения вещей хотя бы потому, что оттуда «выбрасываются» больные, имеющие предварительно какие-то осложнения, с почечной недостаточностью, беременные, пожилые, дети и т. д. А в реальной практике все эти больные встречаются, и они могут совершенно менять ситуацию. Исследования по экономике должны быть приближены к практике, они не могут базироваться на искусственных клинических исследованиях. Для изучения эффективности препаратов клинические исследования подходят безусловно, а когда мы говорим об экономике, а она базируется на осложнениях, потому что они могут давать безумные затраты, и осложнения будут возникать у больных, которых исключили из исследования, получается перекошенная статистика, которую трудно положить в основу экономических расчетов. Это впервые, насколько мы знаем, прозвучало на международном уровне, хотя мы об этом пишем уже на протяжении многих лет.

Также звучала справедливая критика в адрес математического моделирования экономических исследований. Модели и так базируются на клинических исследованиях, которые уже вносят ошибку, да плюс еще модель затрат, которая делается в значительной степени из головы. И получается очень существенное искажение фармакоэкономической информации. Мы об этом рассказывали раньше на наших заседаниях о развитии именно направления, связанного с оценкой типичной практики.

*Собственная информация*

## СВЕТСКАЯ ХРОНИКА

С 1 по 3 ноября 2006 года под председательством Президента Российского научного медицинского общества терапевтов, руководителя отдела неотложной кардиологии НИИ скорой медицинской помощи им. Н.В. Склифосовского, академика РАМН, д. м. н. профессора А.П. Голикова прошел I Национальный конгресс терапевтов.

На Конгрессе были представлены выступления по актуальным вопросам в области терапии, кардиологии, неврологии, гастроэнтерологии и др.

2 ноября 2006 года в рамках Конгресса состоялся съезд Российского научного медицинского общества терапевтов (далее Общество). Съезд избрал новое Правление и Президиум Общества, а также Президента, которым вновь стал А.П. Голиков. На съезде был утвержден новый Устав, благо-

даря чему Общество, в отличие от прежних лет, резко активизирует экономическую деятельность. Это, по мнению руководства Общества, позволит выйти из кризиса, в котором оно сегодня находится в связи с денежными проблемами.

Важно отметить, что на Конгрессе рассматривались не только проблемы клинической практики, но и вопросы организации здравоохранения. Со-

стоялись круглые столы главных специалистов терапевтов, посвященные организации общей врачебной практики в субъектах Российской Федерации; правовым аспектам и экономическим основам обеспечения организации медицинской помощи больным терапевтического профиля; вопросам непрерывного образования и качественной подготовки специалистов в рамках националь-

*Продолжение на стр. 3*

## I Национальный конгресс терапевтов

Начало на стр. 2 ↗

ного проекта «Здоровье»; стандартизации медицинской помощи больным терапевтического профиля. Общее руководство по проведению круглых столов осуществлял главный терапевт Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, директор НИИ пульмонологии академик РАМН А.Г. Чучалин.

Вопросы разработки стандартов медицинской помощи, которые рассматривались в рамках круглого стола по стандартизации, вызвали живой интерес у главных специалистов-терапевтов.

Важно отметить, что стандарты медицинской помощи не решают всех проблем стандартизации в медицине: в них отсутствуют алгоритмы использования лекарственных средств и медицинских услуг, нет индикаторов качества. Основная их задача — формирование подходов к расчету затрат на оказание медицинской помощи. Тем не менее, стандарты определяют рекомендуемый перечень медицинских услуг, лекарственных средств и являются основой системы управления качеством медицинской организации.

*Учитывая важность вопросов, обсужденных Верховным судом России для каждого врача и пациента, редакция Вестника МГОТ сочла возможным опубликовать это решение без сокращений. Дальнейшие рассмотрения этого вопроса на Президиуме Верховного суда не изменили представленного ниже решения.*

## ВЕРХОВНЫЙ СУД РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ РЕШЕНИЕ

от 25 апреля 2005 г. № ГКПИ05-398

Именем Российской Федерации Верховный суд Российской Федерации в составе: председательствующего — судьи Верховного Суда Российской Федерации Романенкова Н.С., при секретаре Степановой Е.Н., с участием прокурора Воскобойниковой Е.Л. рассмотрел в открытом судебном заседании гражданское дело по заявлению К. о признании недействующими частично абзаца первого пункта 1.3, пункта 1.4, пункта 1.5; абзаца первого и подпунктов а), в), г) пункта 1.7.2; пункта 1.9; частично пункта 1.10 Инструкции о порядке назначения лекарственных средств и выписывания рецептов на них, утвержденной Приказом Минздрава России от 23 августа 1999 г. № 328,

установил:

К. обратился в Верховный суд Российской Федерации с заявлением о признании недействующими частично абзаца первого пункта 1.3, пункта 1.4, пункта 1.5; абзаца первого и подпунктов а), в), г) пункта 1.7.2; пункта 1.9; частично пункта 1.10 Инструкции о порядке назначения лекарственных средств и выписывания рецептов на них, утвержденной Приказом Минздрава России от 23 августа 1999 г. № 328.

Как указывает заявитель, оспариваемые положения нормативного правового акта противоречат действующему законодательству, изданы с превышением полномочий федерального органа исполнительной власти и нарушают его гражданские права и охраняемые законом интересы.

В суде заявитель К. и его представитель Головачев А.Н. поддержали заявленные требования.

Представители заинтересованного лица Минздравсоцразвития России Решетникова С.С., Рейхарт Д.В., Сидоров А.А. возражали против удовлетворения заявления и пояснили суду, что оспариваемые положения Инструкции соответствуют требованиям законодательства Российской Федерации, изданы в пределах полномочий федерального органа исполнительной власти и не нарушают права граждан.

Министерство юстиции Российской Федерации представило письменный отзыв, в котором просит заявление К. оставить без удовлетворения.

Выслушав объяснения представителя Головачева А.Н., заявителя К., представителей заинтересованного лица Минздравсоцразвития России Решетниковой С.С., Рейхарта Д.В., Сидорова А.А., исследовав материалы дела, заслушав заключение прокурора Генеральной прокуратуры РФ Воскобойниковой Е.Л., полагавшей, что заявление не подлежит удовлетворению, и судебные прения, Верховный Суд Российской Федерации не находит оснований для удовлетворения заявленных требований.

Согласно статье 251 ГПК РФ, гражданин, считающий, что принятым и опубликованным в установленном порядке нормативным правовым актом органа государственной власти, органа местного самоуправления или должностного лица нарушаются его права и свободы, гарантированные Конституцией Российской Федерации, законами и другими нормативными правовыми актами, вправе обратиться в суд с заявлением о признании этого акта, противоречащим закону полностью или в части.

Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 23 августа 1999 г. № 328 утверждена Инструкция о порядке назначения лекарственных средств и выписывания рецептов на них (в редакции Приказов Минздрава России от 09.01.2001 № 3, от 16.05.2003 № 206, от 19.12.2003 № 608).

Данный нормативный правовой акт зарегистрирован в Минюсте России 21.10.1999, № 1944 и опубликован в «Бюллетене нормативных актов федеральных органов

Стандарты медицинской помощи разрабатываются ведущими специалистами в различных областях медицины при координации Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, Отдела стандартизации ММА им. И.М. Сеченова (руководитель отдела профессор Воробьев П.А.). Стандарты не являются документами созданным раз и навсегда. Они подлежат постоянной оценке и актуализации (обновлению). Задача главных специалистов — рассмотреть их на местах и представить свои предложения и замечания. Это позволит сделать стандарты более обоснованным, и тем самым будет способствовать повышению качества медицинской помощи.

Наиболее важным направлением стандартизации была и остается разработка протоколов ведения больных — документов, в которых имеется возможность наиболее полно описать медицинскую помощь больным с различными заболеваниями.

*Лукьянцева Д.В.,  
заведующая лабораторией проблем  
стандартизации в здравоохранении  
Отдела стандартизации  
ММА им. И.М. Сеченова*

исполнительной власти» № 45, 08.11.1999, в «Российской газете» № 222, 10.11.1999.

Абзац первый пункта 1.3 Инструкции предусматривает, что в случаях типичного течения болезни назначение лекарственных средств осуществляется исходя из тяжести и характера заболевания, согласно утвержденным Минздравом России в рамках Программы государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью, утвержденной Постановлением Правительства Российской Федерации от 11.09.1998 № 1096, протоколам и стандартам диагностики и лечения и в соответствии с базовыми перечнями (формулярами) лекарственных средств.

Данный пункт Инструкции устанавливает обязанность лечащего врача в случаях типичного течения болезни назначать лекарственные средства согласно утвержденным стандартам и в соответствии с формулярами лекарственных средств.

Как пояснила в судебном заседании представитель Минздравсоцразвития России Решетникова С.С., одной из основных задач Министерства являются разработка и утверждение нормативов и стандартов в сфере здравоохранения.

Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан, определяя охрану здоровья как совокупность мер политического, экономического, правового, социального, культурного, научного, медицинского, санитарно-гигиенического и противоэпидемического характера, направленных на сохранение и укрепление физического и психического здоровья каждого человека, поддержание его долготелетней активной жизни, предоставление ему медицинской помощи в случае утраты здоровья, в пункте 15 статьи 5 к полномочиям федеральных органов государственной власти относят установление стандартов медицинской помощи и контроль за их соблюдением.

Частью третьей статьи 40 Основ предусмотрено, что виды и стандарты специализированной медицинской помощи, оказываемой в учреждениях здравоохранения, устанавливаются федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим нормативно-правовое регулирование в сфере здравоохранения.

Федеральный закон «О лекарственных средствах» в статье 5 регулирование отношений, возникающих в сфере обращения лекарственных средств, которое включает также применение лекарственных средств, относит к компетенции федерального органа исполнительной власти, осуществляющего функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере обращения лекарственных средств.

Постановлением Правительства Российской Федерации от 30 июня 2004 г. № 321 утверждено Положение о Министерстве здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

В соответствии с настоящим Постановлением Минздравсоцразвития России является федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения, включая принятие нормативных правовых актов по вопросам, связанным с обращением лекарственных средств, видов, объемов и стандартов качества специализированной медицинской помощи, оказываемой в учреждениях государственной или муниципальной системы здравоохранения.

## ИнтерНьюс

Много работать — вредно

Министерство труда Японии еще в 1990 г. заявило, что трудовоголизм (чрезмерное увлечение работой) может привести к инфаркту, сердечной недостаточности, инсульту и даже преждевременной смерти и выдвинуло лозунг: «Жить только работой опасно для здоровья!». Не менее актуальна данная проблема и для современной России. Сегодня в России трудовоголизм — весьма распространенное явление, чаще он поражает компьютерщиков-программистов, далее идут бизнесмены и предприниматели, 3-е место занимают юристы, экономисты и бухгалтеры, на 4-м — врачи. Больше всего трудовоголизма среди представителей сильного пола. Портрет типичного современного трудовоголика: это тип, которому свойственны тщательность в работе; любовь к чистоте, порядку; большое старание, терпение и усердие, но в итоге — достижение весьма средних результатов. Для них характерно стремление к безупречности во всем: в качестве, в моральных и этических нормах, требовании этого от других людей; затруднения в выборе, тщательное взвешивание «за» и «против» в поступках, в мыслях и в стратегиях, стремление всегда быть «правильным»; «застывание» в подробностях, деталях, чрезмерная обстоятельность; упорство, перерастающее в упрямство, целеустремленность, прямолинейность в достижении цели; системность в мышлении, организованность, предусмотрительность, страх перед ошибками. В результате происходят накопление стрессов, напряжений, обид (неумение расслабиться, отдохнуть, простить, открыто выразить свои эмоции). Не следует путать «трудооголизм» с обычным трудолюбием. Ведь трудолюбивый человек работает для того, чтобы воспользоваться результатами своего труда, он умеет и любит отдыхать, знает, когда нужно сделать «паузу» в работе. Трудооголик же таких качеств лишен, для него непереносима сама мысль об отдыхе, особенно долгом. Нагрузка трудовоголика не предусматривает никакого перерыва. Видя такое рвение, коллеги часто садятся им на шею, трудовоголики не в силах никому отказать и берутся за любую работу. Трудооголики часто страдают нервными, сердечно-сосудистыми и желудочно-кишечными заболеваниями. Но к врачам такие люди обращаются лишь тогда, когда из-за болезней уже не могут справиться с работой. Поэтому психологи даже называют трудовоголизм способом «медленного самоубийства».

*Источник:  
Финмаркет*

**Пригоршня грецких орехов может предотвратить эндотелиальную дисфункцию, вызываемую приемом жирной пищи**

Д-р Б. Кортес (Барселонский Университет, Испания) выполнила рандомизированное перекрестное исследование, в котором участники должны были после приема жирной пищи (80 г жира, 35% насыщенных жирных кислот) дополнительно принимать либо 25 г оливкового масла, либо 40 г грецких орехов (интервал между приемами — 1 неделя). Поток-зависимая вазодилатация снижалась на 36% после приема жирной пищи и оливкового масла, оставаясь практически неизменной после приема жирной пищи и грецких орехов. Возможно, это объясняется тем, что оливковое масло увеличивает концентрацию высокоатерогенных, богатых триглицеридами частиц липопротеинов очень низкой плотности (ЛПОНП). При этом уровень окисленных ЛПНП снижался как после приема оливкового масла, так и после употребления грецких орехов. Та же тенденция отмечалась и для уровней растворимых провоспалительных цитокинов и молекул адгезии. Концентрация E-селектина снижалась в большей степени после употребления грецких орехов. Безусловно, это не означает, что жирную пищу можно «заедать» орехами.

*Источник:  
JAmCollCardiol 2006;  
48: 1666—71*

Продолжение на стр. 7 ↗

Начало на стр. 1 ↗

— Мне кажется, что здесь гораздо важнее то, что Вы сказали, что во главе угла (я не ожидал от Вас это услышать) экономика и потребности, то есть не столько профессиональный мотив, сколько общественный, гражданский, что есть потребность в том, чтобы быстро переводить стрелки с одной специальности на другую.

Я считаю, что это все между собой переплетено. Вообще можно гордиться тем, что мы есть потому, что мы кому-то нужны. Меняется потребность в наших услугах, и мы должны очень быстро меняться. Экономические условия меняются, ведь правда. Деньги, даже если их дадут очень много, все равно должны работать очень эффективно. Когда эффект? Когда есть заказчик, есть исполнитель и есть понимание, что исполнение заказа должно быть выстроено в соответствии с условиями заказчика. Для нас заказчик — общество. Для медицины долгие годы было характерно такое самодовольствие, что мы есть такие хорошие, в белом халатике, волшебники, будьте любезны, придите к нам.

— Идет дискуссия о том, чтобы и преподавание и выдачу сертификатов поручить общественным организациям, научным организациям? Я не уверен, что это правильно, потому что общественная организация — это профессиональная организация и они все равно на потребность общества работать в наших условиях пока не будут.

Ну, это где-то там, стоящий в дали идеал, к которому надо стремиться. Я думаю, что когда говорят об общественных организациях, то это в первую очередь организации, которые представляют не профессиональные группы людей, медицину во всяком случае, а общество. Нет? Тогда нужно думать о том, кто и что имеет в виду.

— Говорят именно о том, что профессиональное сообщество специалистов должно обучать, образовывать и выдавать сертификат. По-моему, это не верно, потому что сообщество врачей — оно все равно не настроено на волну потребителя, волну общества в целом. Оно занимается своими узкокорпоративными интересами и будет их блюсти в первую очередь. Другое дело, что профессиональное признание специалистов, как на западе, с выдачей ежегодной лицензии, сертификата это можно поручить сообществу. Но оно должно выступать не заказчиком и исполнителем этого образовательного процесса, оно должно быть участником, оно может оценивать эффективность работы.

Это абсолютно не противоречит нашим представлениям обо всем этом. Если вспомнить первые документы по сертификации и положению о том, кто и как выдает сертификаты и обучает, там были профессиональные и врачебные сообщества, но там была одна оговорочка — имеющие лицензию на образовательную деятельность. Можно сегодня собрать единомышленников, группу профессионалов, объявить это все ассоциацией и получить автоматически такие права? Нет, конечно. Значит должен быть заказчик — общество, в лице непрофессиональных ассоциаций, должен быть исполнитель — профессиональные преподаватели, специалисты, владеющие навыками обучения. Нам приходится привлекать из практического здравоохранения ведущих специалистов, но надо привлекать тех, кто действительно может передать свои знания, свой опыт, потому что это тоже талант и профессиональные навыки. Вот эту планку, соответствует ли она представлениям профессионалов о уровне оказания медицинской помощи мы должны учитывать. Опасно всегда отдавать в руки кого-то одного и процедуру заказа и процедуру исполнения, а потом еще и оценки.

— Ясно, что есть куда двигаться и та структура последипломного образования, которая сегодня сложилась в стране, она качается. Даже сам факт того, что сейчас нужно было дать знания врачам общей практики, в соответствии с национальным проектом: не думаю, что им дали реальные профессиональные знания, просто потому, что давать их было некому. Заказ государственный, естественно был распределен среди государственных вузов, но там, люди плохо понимают, о чем идет сегодня речь.

В этом проекте вообще много лукавства, в части подготовки специалистов. У меня на руках материалы, которые выдавались участникам коллегии в прошлом году в октябре и там план реализации. И все рассчитано ни как на национальный проект, а как на проект корпоративный Минсоцздрава. Мы с этим соприкоснулись вплотную. Кто будет заниматься подготовкой, какие образовательные учреждения? Вроде все говорят, что это должны быть имеющие лицензию, аккредитованные, государственные структуры. Вот в этом и лукавство: в положении о конкурсе записано, что он только для вузов Росздрава. Обождите, а где медицинские факультеты университетов? Они что настолько не состоятельны? А где негосударственные образователь-

ные учреждения? Их не много в стране, но они есть, это сегодня надо признать. А где вузы субъектов федераций? Их не много в стране, но они есть.

Более того, мы, не дожидаясь национального проекта, вносили изменения в программы, мы адаптировали их к потребностям сегодняшнего здравоохранения. Мы не ждали, когда нам скажут из Минздравсоцразвития о том, что надо заниматься вопросами вакцинации. Это введено в обязательные программы, это изучается, целевые семинары по этому поводу проводятся. Наша заведующая кафедрой педиатрии одна из организаторов центров вакцинации в гг. Хабаровске и Комсомольске-на-Амуре.

Возвращаясь к самому началу нашего разговора: этот новый ВУЗ более адаптирован к потребностям новой жизни. Ведь власть заказала нам подготовку по направлениям, которые наиболее востребованы в Хабаровском крае, по тем направлениям, по которым мы видим, что есть серьезные провалы. Вот материнская и младенческая смертность, где только не слушали: на уровне федерального округа собирались, в Министерстве здравоохранения РФ стояли на ковре и отчитывались. Были приняты невероятные усилия для того, чтобы разработать стратегию работы в этом направлении. Сегодня мы видим меняющиеся цифры и устойчивую тенденцию к снижению. Почему? Решены вопросы материально-технические, организационные и кадровые (повышение квалификации).

Мы преувеличиваем желание наших коллег к самообразованию. Жизнь засасывает, и, работая, не всегда удается добраться доктору до первоисточника, до описания новых технологий. Не все умеют критически осмысливать предоставляемую информацию, ведь сегодня огромное количество материалов, выполненных величайшим полиграфическим образом, но недоква-

тельных. Как врача обычного практикующего научить ориентироваться в этом мире, огромном потоке поступающей информации, зачастую некачественной, недобросовестной? Эту проблему мы тоже пытаемся обозначить и решать. И конгрессы по доказательной медицине, которые мы уже 5-й раз проводим здесь, направлены именно на это. Тяжелейший труд ежегодно проводить в течение недели мероприятие, на которое собираются со всего Дальнего Востока. Мы не можем повторять из года в год одно и то же. Это стимулирует работу над собой. Никто не будет тебя слушать вот уже 5 лет, как теоретика, все время произносящего вещи, не имеющие отношения к житейской практике. У нас докладываются результаты практических работ.

— Вы ведь используете в образовательном процессе вопросы, связанные с ДЛО, вопросы, связанные с разработкой и применением стандартов медицинской помощи. То, чего вузы обычно просто не знают. Я много общаюсь с преподавателями, я твердо знаю, что ни один из преподавателей или их большая часть аббревиатуру «ДЛО» перевести не может. Преподаватели вузов, к сожалению, оторваны от жизни абсолютно, они вне времени и пространства

пребывают. Так сложилась система, это не потому, что они плохие. Но врачу-то на участке нужно знать именно это: что такое перечень, какие препараты в этом перечне плохие или хорошие и вообще отношение научного сообщества или преподавательского к этим препаратам, как их выписывать, что дальше будет. Вот пример: главному врачу говоришь о том, что такое «дефектура», а он в кусты прячется, потому что слов таких не знает. Его же нужно научить, сегодня ему нужно с этим работать. Для начала нужно было обучить преподавателей и в этом может помочь такая форма, как краткосрочные недельные конференции. К стати у них есть предмет: У Андрея Ивановича Воробьева проводятся 10-тидневные декады на кафедре, начиная с 73-го или 74-го года: врачи, прошедшие повышение квалификации, ежегодно приезжают и слушают то, что сложилось нового сегодня в здравоохранении, в частности в гематологии и в интенсивной терапии. Эта форма позволяет модифицироваться и научить конкретным практическим вещам врача, а не теории на тему патогенеза или рассказать о фармакодинамике, которая ему в жизни не понадобится.

Есть программы и циклы, которые мы выполняем в рамках утвержденных федеральным министерством требований, — раз в 5 лет для выполнения формальных требований, безусловно, можно собрать людей, но для

реального влияния на ситуацию в здравоохранении этого не просто недостаточно — этого чрезвычайно мало. Это зачастую даже вредит, потому что за месяц учебы, даже за 2, вложить в голову человека, уже прямо скажем немолодого, обремененного собственным опытом, в том числе и негативным, нечто новое очень сложно, иногда просто невозможно. Поэтому мы считаем, что появилось что-то, вот очень хороший пример с ДЛО, пока все раскатались, пока нашли слабые места и сказали, что их надо ликвидировать, мы в этот период ездили по территориям, и всех людей, кто задействован в ДЛО, обучали. Когда вузы занимались средними медицинскими работниками? А фельдшерское звено? А ведь в селе работу по ДЛО мы на кого возложили? На них. Там нет больницы, там в лучшем случае ФАП. И мы поехали туда, и мы объясняли им, и продолжаем эту работу, потому что без этого нельзя. Мы собираем на 2–3 дня специалистов либо сами выезжаем на 2–3 дня и мы выдаем документы, которые свидетельствуют о том, что был проведен 2–3-дневный семинар, с тем чтобы люди могли подтвердить факт своей учебы. Это очень важно для людей в психологическом плане, они, получив документы, чувствуют себя уверенной.

Но для нас важнее то, что мы видим, как меняются подходы к выбору лекарственного препарата, к диагностике. Возникают критические вопросы: почему в перечне лекарственных препаратов ДЛО есть вот это средство, эффективность которого не доказана? А почему хорошие, эффективные препараты там отсутствуют? И мы вынуждены вступать в диалог с людьми и пояснять, что необходимо всем нам активно включаться в оценку того, что делается, в том числе и в формирующиеся документы, поступающие к нам из центра, они должны подвергаться критическому анализу. Я думаю, что такой подход с позиций разумной критики, разумного скепсиса очень продуктивен.

— Вы даже не замечаете за собой того, что современный преподаватель вуза не должен рассуждать, он не должен понимать того, о чем Вы говорите. Если Вы ведете такие диалоги с врачами, о препаратах, то, во-первых Ваши врачи и фельдшера несколько иного уровня, раз они смеют Вам задавать вопросы о доказательстввах эффективности, во-вторых Ваши преподаватели имеют представление об этом, ну и в общем значит, что это очень существенно отличает Вас от стандартных вузов последипломных, где эти вопросы, я еще раз повторяю, абсолютно не обсуждаются, Вы их не найдете ни в одном образовательном стандарте.

Наверное, наша работа в течение 5 лет образовательной деятельности дала результаты, и они налицо.

Может быть, мы не все замечаем, потому что сталкиваемся с этим каждый день. Иногда обращаем внимание: раньше на конгрессах сидели люди и угрюмо смотрели на «умных» докладчиков, которые приехали, и что-то вешают о доказательной медицине, а сегодня мы видим совершенно другую реакцию — желание задать вопросы и в дискуссии что-то сказать. Это на конгрессе. А когда ты в учебной группе, они действительно подходят с такой позиции, и в какой-то мере это резу-

льтат труда сотрудников института. За это время, наверное, мы позволили им почувствовать себя иначе, понять, что они не просто слепые исполнители каких-то инструкций, приказов и т. д. Мы многим из них заложили в голову эту мысль, что ко всему нужно подойти обдуманно, и врач — это главное действующее лицо в этом процессе, ему отвечать за это, между прочим. Мы обязательно говорим о правовой ответственности за принятые решения, безусловно, и об этической ответственности. Я бы был абсолютно неправ, если б сказал, что все так работают, но значительное число тех, с кем мы общаемся, это уже думающие с позиций разумной критики люди. Мне кажется, что это абсолютно нормально, когда лектор выступает, а ему задаются вопросы, которые уточняют, «а почему он так излагает, почему именно это лекарство мы должны применять?» И ты, когда выходишь к аудитории, должен быть предельно собран и аргументировано излагать. Другого пути нет, люди грамотные, люди получили возможность

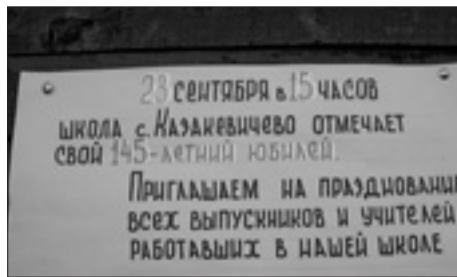
информационные потоки замкнуть на себя, минуя учителя. Я был поражен, когда один доктор из нашего очень далекого маленького городка сказал, что он давно уже работает в Интернете и получает информацию в том числе и с нерусскоязычных сайтов. Я его спрашиваю: «А как же с английским?» Говорит: «Выучил, настолько интересно было, иначе здесь можно задохнуться».

— К стати дама, библиотекаря, которая музей в Казакевичево сделала, там ведь совершенно деревенская обстановка и деревня, прямо скажем, не самая продвинутая, так, между делом говорит: «Да я в Интернете поковырялась». Прорыв произошел.

Безусловно, есть динамика. Мне как ректору конечно хочется сказать, что это благодаря нашим усилиям. Нет, безусловно, но Институт в здравоохранении Хабаровского края, конечно, многое сделал.

Беседовал П. Воробьев

И все рассчитано ни как на национальный проект, а как на проект корпоративный Минсоцздрава.



Вот такая школа на краю страны (она — на границе с Китаем)



В школьном музее и неолит, и древняя керамика — демонстрирует Н. Милушкова

Более того, мы, не дожидаясь национального проекта, вносили изменения в программы, мы адаптировали их к потребностям сегодняшнего здравоохранения.

...главному врачу говоришь о том, что такое «дефектура», а он в кусты прячется, потому что слов таких не знает. Его же нужно научить, сегодня ему нужно с этим работать.

**СТАНДАРТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

Газета Вестник МГНОТ с № 1 2006 года приступила к публикации стандартов медицинской помощи, утвержденных Минздравсоцразвития РФ, которые рекомендовано использовать при оказании медицинской помощи.

Эти стандарты мало доступны врачам.

В разработке стандартов медицинской и санаторно-курортной помощи принимали участие ведущие специалисты федеральных медицинских учреждений системы Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации и Российской академии медицинских наук при участии и координации отдела стандартизации в здравоохранении НИИ Общественного здоровья и здравоохранения ММА им. И.М. Сеченова, Департамента развития медицинской помощи и курортного дела и Департамента медико-социальных проблем семьи, материнства и детства

Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

В стандартах использованы коды Номенклатуры работ и услуг в здравоохранении, МКБ-10.

Частота предоставления услуги или частота назначения лекарственного средства в стандарте отражает вероятность выполнения медицинской работы (услуги) или применения лекарственного средства на 100 человек и может принимать значение от 0 до 1, где 1 означает, что всем пациентам необходимо оказать данную услугу. Цифры менее 1 означают, что настоящая услуга оказывается не всем пациентам, а при наличии соответствующих показаний и возможности оказания подобной услуги в конкретном учреждении. Среднее количество отражает кратность оказания услуги каждому пациенту.

Ориентировочная дневная доза (ОДД) определяет примерную суточную дозу лекарственного средства, а

эквивалентная курсовая доза (ЭКД) лекарственного средства равна количеству дней назначения лекарственного средства, умноженному на ориентировочную дневную дозу.

Разработчики: Хальфин Р.А., Шарапова О.В., Каторина Е.П., Мадьянова В.В., Ходунова А.А., Лукьянцева Д.В., Воробьев П.А., Авксентьева М.В. и др.

Стандарты писались на основе экспертного мнения о применении определенных услуг и лекарств при определенном заболевании. При этом, очевидно, стандарты могут содержать малоиспользуемые технологии и лекарства, часть необходимых лекарств может отсутствовать. В связи с этим важно было бы выслушать мнения врачей, единственная просьба — обосновывать свои мнения доказательствами эффективности, а не ссылками на «общеупотребительность» или «так принято».

Приложение  
к приказу Министерства  
здравоохранения и социального развития  
Российской Федерации  
от 28 февраля 2005 г. № 168

**СТАНДАРТ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ  
ХРОНИЧЕСКОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ**

**1. МОДЕЛЬ ПАЦИЕНТА**

**Категория возрастная:** дети, взрослые

**Нозологическая форма:** хроническая надпочечниковая недостаточность

**Код по МКБ-10:** E 27.1—27.4

**Фаза:** хроническая

**Стадия:** все стадии

**Осложнение:** все осложнения

**Условие оказания:** амбулаторно-поликлиническая помощь

**1.1. ДИАГНОСТИКА**

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A01.22.001	Сбор анамнеза и жалоб в эндокринологии	1	1
A01.22.002	Визуальное исследование в эндокринологии	1	1
A01.22.003	Пальпация в эндокринологии	1	1
A02.01.001	Измерение массы тела	1	1
A02.03.005	Измерение роста	1	1
A01.31.015	Составление родословной	1	1
A02.12.002	Измерение артериального давления на периферических артериях	1	4
A02.10.002	Измерение частоты сердцебиения	1	4
A11.05.001	Взятие крови из пальца	1	1
A09.05.031	Исследование уровня калия в крови	1	2
A09.05.030	Исследование уровня натрия в крови	1	2
A11.12.009	Взятие крови из периферической вены	1	5
A09.05.144	Исследование уровня 17-гидроксипрогестерона в крови	0,3	1
A09.05.067	Исследование уровня адренокортикотропного гормона в крови	1	1
A09.05.140	Исследование уровня кортизола крови	1	3
A09.05.137	Исследование уровня фолликулостимулирующего гормона в крови	0,1	1
A09.05.138	Исследование уровня лютеинизирующего гормона в крови	0,1	1
A09.05.159	Исследование уровня общего эстрадиола в крови	0,1	1
A11.12.079	Исследование уровня тестостерона в крови	0,1	1
A09.28.038	Исследование уровня свободного кортизола в моче	1	1
A04.22.002	Ультразвуковое исследование надпочечников	1	1
A04.20.002	Ультразвуковое исследование матки и придатков	0,1	1
A04.21.002	Ультразвуковое исследование мошонки (яички, придатки)	0,1	1
B01.023.01	Прием (осмотр), консультация невролога первичный	1	1
B01.006.01	Прием (осмотр), консультация врача-генетика	0,5	1
A09.05.064	Исследование уровня свободного тироксина сыворотки (Т-4) крови	0,3	1
A09.05.090	Исследование уровня тиреотропного гормона в крови	0,3	1
A09.05.125	Исследование уровня ренина в крови	1	1
A06.23.004	Компьютерная томография головы с контрастированием структур головного мозга	0,3	1
A06.03.038	Рентгенография кисти руки	1	1
B01.055.01	Прием (осмотр, консультация) фтизиатра	0,1	1

**2.1. ЛЕЧЕНИЕ ИЗ РАСЧЕТА 12 МЕСЯЦЕВ**

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A01.22.001	Сбор анамнеза и жалоб в эндокринологии	1	4
A01.22.002	Визуальное исследование в эндокринологии	1	4
A01.22.003	Пальпация в эндокринологии	1	4
A02.01.001	Измерение массы тела	1	4
A02.03.005	Измерение роста	1	4
A02.12.002	Измерение артериального давления на периферических артериях	1	4

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A02.10.002	Измерение частоты сердцебиения	1	4
A01.20.002	Визуальное исследование в гинекологии	0,1	2
A01.20.003	Пальпация в гинекологии	0,1	2
A04.20.002	Ультразвуковое исследование матки и придатков	0,1	1
A04.21.002	Ультразвуковое исследование мошонки (яички, придатки)	0,1	1
A11.12.009	Взятие крови из периферической вены	1	4
A09.05.031	Исследование уровня калия в крови	1	4
A09.05.030	Исследование уровня натрия в крови	1	4
A09.05.140	Исследование уровня кортизола крови	1	3
A09.05.125	Исследование уровня активности ренина в крови	1	3
A06.03.002	Компьютерная томография головы	0,05	1
A05.23.002	Ядерно-магнитно-резонансная томография центральной нервной системы и головного мозга	0,05	1
A13.31.001	Обучение самоуходу	1	1
A06.03.038	Рентгенография кисти руки	1	1
A25.22.001	Назначение лекарственной терапии при заболеваниях желез внутренней секреции	1	4

Фармакотерапевтическая группа	АТХ группа*	Международное непатентованное наименование	Частота назначения	ОДД**	ЭКД***
<i>Гормоны и средства, влияющие на эндокринную систему</i>			1		
	<i>Неполовые гормоны, синтетические субстанции и антигормоны</i>		1		
		Гидрокортизон (таблетки)	0,8	15 мг	5475 мг
		Гидрокортизон (раствор)	1,0	при кризе**** 100 мг	при кризе 500 мг
		Преднизолон	0,1	3,75 мг	1368,75 мг
		Дексаметазон	0,1	0,25 мг	91,25 мг
		Флудрокортизон	0,8	0,1 мг	3,65 мг

\* — анатомо-терапевтическо-химическая классификация.

\*\* — ориентировочная дневная доза.

\*\*\* — эквивалентная курсовая доза.

Приложение  
к приказу Министерства  
здравоохранения и социального развития  
Российской Федерации  
от 23 ноября 2004 г. № 270

## СТАНДАРТ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ЧЕСОТКОЙ

### 1. МОДЕЛЬ ПАЦИЕНТА

**Категория возрастная:** дети, взрослые

**Нозологическая форма:** Чесотка

**Код по МКБ-10:** B86

**Фаза:** острая, посткабиозного зуда

**Стадия:** чесоточных высыпаний

**Осложнение:** без осложнений

**Условие оказания:** амбулаторно-поликлиническая помощь

#### 1.1. ДИАГНОСТИКА

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A01.01.001	Сбор анамнеза и жалоб в дерматологии	1	1
A01.01.002	Визуальное исследование в дерматологии	1	1
A03.01.001	Осмотр кожи под увеличением (дерматоскопия)	1	1
A11.01.008	Соскоб кожи	1	1
A09.01.001	Микроскопия соскоба с кожи	1	1

#### 2.1. ЛЕЧЕНИЕ ИЗ РАСЧЕТА 12 МЕСЯЦЕВ

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
B01.008.02	Прием (осмотр, консультация) врача-дерматовенеролога повторный	1	2
A13.30.003	Психологическая адаптация	1	1
A25.01.001	Назначение лекарственной терапии при заболеваниях кожи, подкожно жировой клетчатки, придатков кожи	1	1

Фармакотерапевтическая группа	АТХ группа*	Международное непатентованное наименование	Частота назначения	ОДД**	ЭКД***
<i>Средства для профилактики и лечения инфекций</i>					
	<i>Противочесоточные средства</i>				
		Бензилбензоат, эмульсия	1	200 мл	400 мл

\* — анатомо-терапевтическо-химическая классификация.

\*\* — ориентировочная дневная доза.

\*\*\* — эквивалентная курсовая доза.

Начало на стр. 3 ↗

Следовательно, доводы заявителя о том, что Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации при издании оспариваемого положения Инструкции вышло за пределы своей компетенции, являются несостоятельными.

Основами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан гражданам Российской Федерации гарантируется право на охрану здоровья в соответствии с Конституцией Российской Федерации, общепризнанными принципами и международными нормами и международными договорами Российской Федерации.

В силу статьи 58 Основ лечащий врач организует своевременное и квалифицированное обследование и лечение пациента.

Квалифицированное лечение предполагает знание лечащим врачом действующих стандартов и формуляров и применение их.

Протоколы и стандарты диагностики и лечения, а также базовые перечни (формуляры) лекарственных средств не являются по своей правовой природе нормативно-правовыми актами, поскольку касаются профессиональной деятельности лечащих врачей и гарантируют объем необходимой медицинской помощи. Данные правила не могут рассматриваться в свете реализации гражданских прав, о которых говорится в части второй статьи 1 Гражданского кодекса Российской Федерации, когда гражданские права могут быть ограничены на основании федерального закона и только в той мере, в какой это необходимо в целях защиты основ конституционного строя, нравственности, здоровья, прав и законных интересов других лиц, обеспечения обороны страны и безопасности государства.

Утверждаемые федеральным органом исполнительной власти в сфере здравоохранения протоколы и стандарты диагностики и лечения, базовые перечни лекарственных средств призваны служить реализацией гарантий граждан Российской Федерации на оказание бесплатной медицинской помощи, обеспечения жизненно необходимыми и важнейшими лекарственными средствами.

Содержащаяся в абзаце первом пункта 1.3 Инструкции ссылка на Программу государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, утвержденную Постановлением Правительства Российской Федерации от 11 сентября 1998 г. N 1096, не касается содержания оспариваемой нормы.

То обстоятельство, что на момент рассмотрения дела судом Постановлением Правительства РФ от 26 ноября 2004 г. N 690 «О Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2005 год» вышеуказанный нормативный правовой акт признан утратившим силу, не может служить основанием для признания недействующим абзаца первого пункта 1.3 Инструкции, т. к. данная норма Инструкции применяется с учетом действующего акта Правительства Российской Федерации от 26 ноября 2004 г. N 690.

Пунктом 1.4 Инструкции установлено, что разовые, суточные и курсовые дозы при назначении лекарственных средств определяются исходя из возраста больного, тяжести и характера заболевания согласно стандартам его диагностики и лечения.

Положения данного пункта Инструкции заявителем оспариваются также в части соблюдения лечащим врачом стандартов диагностики и лечения заболевания по основаниям несоответствия действующему законодательству, издания акта за пределами компетенции органа государственной власти и нарушения прав граждан.

Содержание оспариваемой нормы в части соблюдения лечащим врачом стандартов диагностики и лечения заболевания корреспондирует положениям абзаца первого пункта 1.3 Инструкции.

Обоснования соответствия оспариваемых положений нормативного правового акта действующему законодательству приведены выше и являются аналогичными.

В пункте 1.5 Инструкции определено, что назначение лекарственных средств (наименование препаратов, разовая доза, способ и кратность приема/введения, ориентировочная длительность курса, обоснование назначения лекарственных средств, не входящих в стандарты, территориальные и/или формуляры аналоговой замены, утвержденные в порядке, установленном п. 1.3 настоящей Инструкции (далее — аналоговые формуляры), и пр.) фиксируется в медицинских документах больного (истории болезни, амбулаторной карте, листе записи консультационного осмотра и пр.).

Содержание данной нормы предусматривает обязанность для лечащего врача фиксировать в медицинских документах назначение лекарственных средств, обосновывать назначение лекарственных средств, не входящих в стандарты, территориальные и/или формуляры аналоговой замены в порядке, установленном п. 1.3 Инструкции.

Из объяснений представителей заинтересованного лица в суде следует, что оспариваемые положения Инструкции помогают осуществлять контроль за качеством предоставляемой населению медицинской помощи, применением лекарственных средств.

Обоснования соответствия требований пункта 1.5 Инструкции в части назначения лекарственных средств, не входящих в стандарты, приведены судом выше при проверке законности положений абзаца первого пункта 1.3 Инструкции и являются аналогичными.

В соответствии с пунктом 1.7 Инструкции во время нахождения больного на стационарном лечении назначению лекарственных средств, в том числе рекомендованных врачами-консультантами, производится единолично лечащим врачом, за исключением случаев, указанных в п. 1.7.2 а)–г).

Так, согласование с заведующим отделением, а в экстренных случаях — с ответственным дежурным врачом или другим лицом, уполномоченным приказом главного врача лечебно-профилактического учреждения, а также с клиническим фармакологом необходимо в случаях:

- а) одномоментного назначения пяти и более лекарственных препаратов одному больному;
- в) необходимости назначения лекарственных препаратов согласно аналоговым формулярам в связи с отсутствием в лечебно-профилактическом учреждении лекарственных средств, входящих в территориальный формуляр;
- г) необходимости назначения лекарственных средств сверх территориального формуляра при нетипичном течении болезни, наличии осложнений основного заболевания и/или сочетанных заболеваний, при назначении опасных комбинаций лекарственных средств, а также при непереносимости лекарственных средств, входящих в территориальный формуляр (абзац первый и подпункты а), в), г) п. 1.7.2 Инструкции).

Представители Минздравсоцразвития России Решетникова С.С., Рейхарт Д.В., Сидоров А.А. пояснили в суде, что целью указанной нормы является предотвращение возможности побочного воздействия лекарственных средств на организм пациента.

Назначение лекарственных средств пациенту, осуществляемое без тщательного контроля и исследования оснований такого назначения, может привести к нежелательным эффектам результатов лечения, утяжелению состояния здоровья больного.

Кроме того, в соответствии с пунктом 1 статьи 41 Федерального закона «О лекарственных средствах» субъекты обращения лекарственных средств обязаны сообщать федеральному органу исполнительной власти, в компетенцию которого входит осуществление государственного контроля и надзора в сфере здравоохранения, и его территориальным органам обо всех случаях побочных действий лекарственных средств и об особенностях взаимодействия лекарственных средств с другими лекарственными средствами, которые не соответствуют сведениям о лекарственных средствах, содержащимся в инструкциях по их применению.

Доводы заявителя К. и его представителя Головачева А.Н. об издании пункта 1.7.2 Инструкции с превышением компетенции, поскольку Постановлением Правительства Российской Федерации от 8 апреля 1999 г. N 393 «О гарантированном обеспечении граждан жизненно необходимыми и важнейшими лекарственными средствами, а также о некоторых условиях льготного обеспечения граждан лекарственными средствами» предусмотрено, что Минздрав России разрабатывает и утверждает порядок выписки рецептов на лекарственные средства гражданам, обратившимся за медицинской помощью только в амбулаторно-поликлиническое учреждение, и не вправе утверждать порядок выписки рецептов на лекарственные средства гражданам, находящимся на стационарном лечении, не основаны на законе.

В соответствии со статьей 5 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья, статьей 31 Федерального закона «О наркотических средствах и психотропных веществах», статьей 5 Федерального закона «О лекарственных средствах» регулирование отношений, возникающих в сфере обращения лекарственных средств, порядке и условиях их использования, назначения, выписывания рецептов отнесено к компетенции федерального органа исполнительной власти в области здравоохранения.

Предусмотренное пунктом 1.7 Инструкции в необходимых случаях согласование лечащим врачом назначения лекарственных средств больному не может рассматриваться как нарушение врачебной тайны.

По смыслу статьи 61 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан врачебную тайну составляют информация о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья гражданина, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении.

Клятва врача, закрепленная в Основах (статья 60), содержащая требование к врачу наряду с готовностью оказания медицинской помощи, хранением врачебной

тайны, обращение к коллегам за помощью и советом, если этого требуют интересы больного.

Пункт 1.7.2 Инструкции в интересах граждан устанавливает случаи, когда лечащий врач не единолично, а по согласованию с заведующим отделением, в экстренных случаях — с ответственным дежурным врачом, а также с клиническим фармакологом назначает лекарственные средства больному.

Согласно пункту 1.9 Инструкции, назначение лекарственных средств, зарегистрированных в Российской Федерации (разрешенных к медицинскому применению Минздравом России в установленном порядке), но не входящих в стандарты, территориальные и аналоговые формуляры, стационарным больным производится только по решению КЭК, которое фиксируется в медицинских документах больного и журнале клинико-экспертной комиссии.

Из объяснений представителя Минздравсоцразвития России Рейхарта Д.В. в суде следует, что в настоящее время в Российской Федерации зарегистрировано более 17000 лекарственных средств.

Федеральный орган исполнительной власти, осуществляющий функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения, установил в пределах своей компетенции норму, предусматривающую фиксацию в медицинских документах больного назначения лекарственных средств.

Из содержания статьи 49 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан следует, что федеральный орган исполнительной власти в области здравоохранения устанавливает порядок проведения экспертизы временной нетрудоспособности граждан в связи с болезнью, увечьем, беременностью, родами, уходом за больным членом семьи, протезированием, санаторно-курортным лечением и в иных случаях. В пункте 1.9 Инструкции установлен такой порядок, согласно которому назначение лекарственных средств, зарегистрированных в Российской Федерации, но не входящих в стандарты, территориальные и аналоговые формуляры, стационарным больным производится только по решению КЭК.

Положения данной нормы не ограничивают прав граждан на медико-социальную помощь и лечащего врача на приглашение по требованию больного или его законного представителя консультантов и организацию консилиума.

Пунктом 1.10 Инструкции предусмотрено, что в случаях стационарного обследования и лечения граждан на основании договора добровольного медицинского страхования и/или договора на оказание платных медицинских услуг могут быть назначены лекарственные препараты, не входящие в стандарты и территориальные и аналоговые формуляры, если это оговорено условиями договора.

Конституция Российской Федерации в статье 41 устанавливает, что каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений.

Гарантированный объем бесплатной медицинской помощи предоставляется гражданам в соответствии с Программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи.

Положения пункта 1.10 Инструкции соответствуют требованиям статьи 20 Основ, согласно которой граждане имеют право на дополнительные медицинские и иные услуги на основе программ добровольного медицинского страхования, а также за счет средств предприятий, учреждений и организаций, своих личных средств и иных источников, не запрещенных законодательством Российской Федерации.

Положения данного пункта Инструкции ни в коей мере не вторгаются в компетенцию лечащего врача, как об этом указывает заявитель, и не лишают пациента права на оказание необходимой медицинской помощи.

Учитывая, что оспариваемые положения нормативного правового акта соответствуют действующему законодательству, изданы в пределах полномочий федерального органа исполнительной власти и не нарушают права и охраняемые законом интересы граждан, заявление К. не подлежит удовлетворению.

На основании изложенного и руководствуясь ст. ст. 194, 195, 198, 253 ГПК РФ, Верховный Суд Российской Федерации решил:

заявление К. о признании недействующими частично абзаца первого пункта 1.3, пункта 1.4, пункта 1.5; абзаца первого и подпунктов а), в), г) пункта 1.7.2; пункта 1.9; частично пункта 1.10 Инструкции о порядке назначения лекарственных средств и выписывания рецептов на них, утвержденной Приказом Минздрава России от 23 августа 1999 г. N 328, — оставить без удовлетворения.

Решение может быть обжаловано в Кассационную коллегия Верховного Суда Российской Федерации в течение 10 дней после вынесения судом решения в окончательной форме.

## ИнтерНьюс

### Снотворная прививка вместо прививки от гриппа

Если Вам предлагают прививку от гриппа на дому — это могут быть грабители. Для входа используют данные баз данных об инвалидах-льготниках, называя фамилию и имя-отчество. Но и без этого, только со словами, что проводится некая акция можно легко попасть в дом. Чтобы втереться в доверие используются белые халаты. Граждане, в большинстве своем, продолжают доверять людям в белых халатах, говорят, что неудобно задавать вопросы медикам. Проверять, кто пришел никто не готов, тем более что телефон поликлиники большинству не известен. А по телевизору про прививки говорят с утра до вечера.

Мошенники прививку предлагают бесплатно, потом, для убедительности предлагают ввести за небольшую плату импортную — французскую — от фирмы Авестис Пастер. Доверчивым гражданам они вместо прививки вводят снотворное и спокойно очищают квартиру. В день очищается до 20—30 квартир с использованием прививок.

Чем-то напоминает это знаменитый «Мосгаз», только тогда жертвами становились дети, а сегодня — старики.

Источник:

1-й канал 14.11.06

### Низкий социально-экономический статус повышает вероятность смерти в ближайšie 3 года после инсульта

Д-р Г. Зоу (Школа Медицины Университета Nanjing, Китай) в течение 3-х лет наблюдал за 806 пациентами с впервые развившимся инсультом. Анализируемые социально-экономические факторы включали уровень образования, профессию, доход и жилплощадь. Связь между уровнем образования и смертностью оказалась слабой, в отличие от трех других индикаторов социально-экономического статуса. В частности, риск смерти у лиц, занимающихся физическим трудом, был в 5,44 раз выше, чем у лиц умственного труда. При низком и среднем доходе риск смерти был в 5,25 и 2,10 раз выше, чем при максимальном уровне дохода. При неадекватной жилплощади (менее 10 м<sup>2</sup> и 10–19 м<sup>2</sup> на человека) риск был выше в 2,06 и 1,68 раз, чем при жилплощади более 40 м<sup>2</sup>. Важно отметить, что эти связи остались прежними и после поправки на возраст, пол, факторы сердечно-сосудистого риска, тяжесть инсульта.

Источник:

BMC Public Health 2006;  
6: 277

### На протяжении столетий не утихают споры о правильности положений дарвиновской теории эволюции

Новое открытие американских генетиков добавляет очков сторонникам дарвинизма. Исследователи утверждают, что ими открыт ген, который отвечает за эволюцию человеческого мозга: выяснилось, что одна часть генома человека в течение нескольких миллионов лет развивалась в 70 раз быстрее, чем весь генетический код в целом. Этот процесс привел к тому, что на Земле появился новый вид — Homo sapiens. ДНК-последовательности у людей и шимпанзе идентичны на 98%. На 2% отличия приходится как минимум 15 млн различающихся базовых пар, и эти изменения произошли примерно 6 млн лет назад. Современная вычислительная техника позволила выявить 49 областей генома, которые трансформировались особенно быстро, и один ген, которому, возможно, мы обязаны выдающимися размерами головного мозга. «Ген разума» удалось найти только у млекопитающих и птиц, он отсутствует у рыб и беспозвоночных. Известно, что он «включается» через семь недель после зачатия и «останавливает работу» на девятнадцатой неделе.

Источник:

nature.com

Этот текст родился из-за вопроса, возникшего в интернет-дискуссии. Поэтому сначала излагается в виде цитат эта дискуссия. (Выделения для удобства читателей сделаны мною — ВВВ).

### ВЫДЕРЖКИ ИЗ ДИСКУССИИ

Суть следующая: при проведении мета-анализа (МА) взяты рандомизированные трайлы с плацебо контролем, при обработке одним математическим методом (леги(тим)ным) урсодезоксихолевая кислота не увеличивает выживаемость пациентов с первичным билиарным циррозом, при проведении мета-анализа тех же самых трайлов, но другим методом математическим (тоже легитимным) — вывод полярный УДХК продлевает жизнь пациентам и увеличивает выживаемость. Кто прав?

«Статья: John Goulis (et al.). Randomised controlled trials of ursodeoxycholic acid therapy for primary biliary cirrhosis: a meta-analysis, Lancet 1999; 354: 1053–60; Keith D. Lindor, (et al.) Ursodeoxycholic acid for primary biliary cirrhosis. При разработке мета-анализа данных, используются различные методы математического анализа, в частности — **Der Simonian and Laird's methods** (первая статья), во второй материал, содержащийся в статье John Goulis и соавт. обработали **Mantel-Haenszel method**. Вывод из первой статьи «**Published randomised controlled trials of UDCA do not show evidence of therapeutic benefit in PBC and its use as standard therapy needs to be re-examined**». Вывод второй: **This result is in agreement with a combined analysis showing that the risk of death or liver transplantation is lower in the UDCA group (odds ratio 0,68 [95% CI 0,48–0,95]), which translated to a 32% reduction in the risk of dying or undergoing liver transplant.**

Это лишь частный случай противоречий в самой методологии МА, с тех пор так до сих пор и не решено, каким методом более справедливо (с точки зрения мета-анализа) проводить МА. Посмотрите в своих архивах, увидите, что часть используют одни методы, другие — иные. На лекции проф. Власова я ему задал вопрос, о том какой метод из приведенных нужно использовать, в качестве примера привел эту ситуацию. В ответ услышал невразумительное, что-то вроде — общепринятый метод... После этого вера в ЕВМ сильно пошатнулась...»

### РЕШЕНИЕ

Герой одного анекдота, проснувшись ночью, обнаружил, что из-под одеяла торчит что-то много ног. Он встал и, глядя на кровать, посчитал еще раз: «Это ноги Сары, это мои ноги... Все в порядке». Метод подсчета имеет значение.

### ПРОСТЫЕ ПРИМЕРЫ

#### Нестатистические

Везде, не только в медицине, люди считают не то, что надо, а то, что можно, что удастся, что доступно. Это правило, а не исключение. Надо бы считать смертность детей до 5 лет делением умерших в возрасте до 5 лет на общую численность живых в начале года в возрасте до 5 лет, а считают — делением на число родившихся в этом году. Надо бы в крови концентрацию глюкозы измерять, а измеряют восстанавливающую способность (реакция серебряного зеркала — может быть не лучший пример, но кто ближе к лаборатории, приведет десятки примеров того, что меряют не совсем то, что записывают).

То же происходит с методами обработки результатов измерений — данных. Эти данные только на первый взгляд содержат всю правду, которую остается только «извлечь» статистическим методом. Тут чуть более детальный пример — мы уже приближаемся к МА (J).

#### Статистические

Представьте, что у нас есть 20 больных, которых мы взвесили до завтрака и сразу после:

До	После
48	48,1
51	51,1
56	56,1
60	60,1
62	62,1
65	65,2
68	68,3
70	70,2
72	72,2
74	74,2
76	76,2
78	78,2
80	80,2
82	80,3
88	88,3
90	90,3
100	100,3
120	120,4
135	134,5
140	140,4

Простой взгляд на таблицу показывает то, что и так было ясно — после завтрака стали тяжелее. Два — исключение — мы выяснили, что они в туалет сбегали как раз во время завтрака. Но, поскольку протокол не предусматривал исключения таких пациентов, оставляем — это истинная величина, хоть и выскакивающая из общей закономерности.

Как быть со статанализом? Попробуем разные подходы. Лучше всего «быстрому взгляду» соответствует критерий знаков. Для 18+ против 2 — он подтверждает, что гипотезу о случайном изменении массы тела можно отклонить. При  $p < 0,001$ .

А попробуем Стьюдента! Вообще-то критерий знаков относится к критериям непараметрическим, т. е. его применение не зависит от справедливости предположения о нормальности распределения. Какое ни будет распределение, он с одинаковым успехом позволит проверить, есть ли изменение в одну сторону

в парных наборах данных или нет. Точнее, позволит ответить, можно ли отклонить гипотезу о случайном характере изменений массы тела (в нашем случае). Критерий Стьюдента применяют тогда, когда уверены в нормальном распределении данных и в том, что дисперсии в группах одинаковы. Еще его применяют тогда, когда «считающий» думает, что имеющее место отклонение от нормальности несущественно. Ну, это уже на его совести. Почему тут легко идет на сделку с совестью? Потому, что привлекательно важное свойство теста Стьюдента — его высокая чувствительность. Т. е. там, где непараметрические критерии не выявляют «статистически значимого различия», там тест Стьюдента выявляет.

Итак, исходная масса тела (МТ) 80,75; стандартное отклонение 25,69; стандартная ошибка 5,74. Конечные соответственно 80,93; 25,68; 5,74. Мы получили среднюю разницу в 0,08 кг при ошибке оценки МТ в 5,74 кг. Считаем t-критерий:

t	DoF	P Value
-0,01	38	0,992

Дааа... Статистической значимостью различия и не пахнет! Ничего себе — чувствительный метод!

Правда, мы не учли, что у теста Стьюдента есть более соответствующий нашему случаю вариант — для парных данных. Действительно, мы же не просто две выборки сравниваем, а данные, полученные на одних и тех же людях. К счастью, в простом пакете программ Microcal Origin, который раньше был приспособлен только для «научного рисования» (для чего я и сейчас его всем рекомендую), теперь есть некоторые статистические инструменты. В том числе и для теста Стьюдента, чтоб получить парный вариант, надо только галочку правильно поставить. Вот что мы получаем:

t	DoF	P Value
-0,828	9	0,8

Это, конечно, получше, но никак не соответствует тому, что подсказало нам сердце (глаз) и простой добрый критерий знаков.

Этот более длинный пример я привел для того, чтобы напомнить, что:

- у всякого статистического метода есть своя область приложения;
- не всегда общие правила справедливы (есть исключения);
- один статистический метод может выявлять различия (связи), а другой — нет, причем даже в очень простых ситуациях;
- не следует игнорировать «понимание» данных, оно не только помогает выбрать метод статанализа, но и понять, в чем состоят ограничения примененного метода.

Я не стану далее утомлять примерами — поверьте на слово, хоть и трудно может быть — в статистическом анализе — огромной и сложной прикладной области науки статистики — существует множество проблем, которым нет хорошего решения. В применении же к конкретным данным сплошь и рядом приходится мириться с тем, что нет статистического инструмента, который бы позволил на ограниченных и «грязных» данных (в медицине почти все такие) получить удовлетворительные по точности оценки. Оценки чего? — Да чего угодно: различимости групп, связей между переменными и проч.

### ТЕПЕРЬ К МЕТА-АНАЛИЗУ

МА — статистический инструмент для обобщения результатов отдельных исследований. Иными словами, предполагается, что есть некая «популяция» исследований, которая вся нам недоступна уже потому, что их, это множество исследований, никто никогда не сделает. Что нам доступно, так это опубликованные исследования. Мы можем их обобщать в предположении, что эта доступная совокупность есть несмещенная (репрезентативная, правильная...) выборка из популяции.

Очевидно, что предположение это в чистом виде совершенно не оправдано. Исследования проводятся методически неверно, одно на другое не похоже дозировками и способом хирургического вмешательства, и еще многим. Исследования проводят ординаторы клиники под присмотром профессора, который всю жизнь (пиявок ставит), а применять такой метод будут врачи в первичном звене (которые пиявок никогда не видели). Кроме того, исследователи,

Продолжение на стр. 9



Начало на стр. 8

получив отрицательный результат (лучи лазера не изменили отечности суставов), теряют интерес к материалу и не стараются его опубликовать. В результате возникает еще и публикационное смещение — все, что опубликовано — помогает. Очевидно, что данные нам в ощущениях результаты исследований, опубликованные в печати, не соответствуют идеальной популяции.

Не соответствуют они и «популяции», если мы ее представим как совокупность «обычной» практики. Мне такую «популяцию» еще труднее представить, чем популяцию «правильных» исследований, но в принципе это одно и то же, и если кому-то нравится считать, что совокупность исследований должна отражать результаты вмешательств в «обычной практике» — пожалуйста.

Беда заключается в том, что никаких других исследований, кроме тех, которые есть у нас, нет. Поэтому разумное человечество действует в двух направлениях:

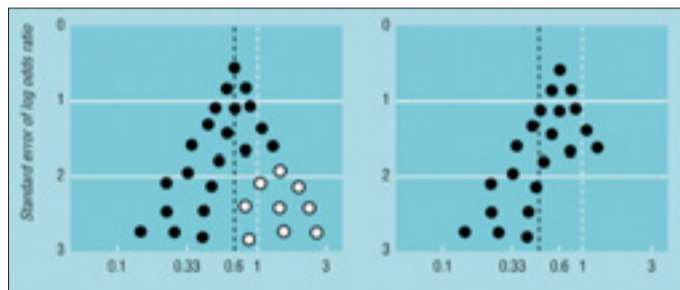
- 1) улучшает методику исследований (в том числе эффектов медицинских вмешательств);
- 2) совершенствует способы обобщения и осмысления результатов имеющихся исследований.

Не будет большим преувеличением сказать, с чувством глубокого удовлетворения, что за последние 20 лет, с тех времен, как Том Чалмерс и другие указали на позор медицинских исследований, качество их, по крайней мере, на страницах ведущих журналов, заметно улучшилось. Улучшились и способы обобщения результатов исследований. Например, появились более ясные представления о том, насколько хорошо мы можем оценивать гетерогенность данных и соответственно как это влияет на получаемые оценки. Появились МА данных не по совокупности исследований, а по совокупности всех отдельных пациентов, включаемых в МА. Много еще чего.

**Систематический обзор**

Главная проблема МА заключается не в статистических методах, применяемых для обобщения данных, а в том, что обобщается.

Если данные известных исследований смещенные, то и выводы будут кривые. Поэтому вопросы должны быть не к методам МА, а в основном к данным исходным. Для новичков: на рисунке большие РКИ, которые вверху, дают самую точную и надежную оценку величины эффекта. Чем меньше по размерам РКИ, лежащие ниже, тем менее точна их оценка, и соответственно больше разброс. Если бы исследования проводились хорошо и публиковались полно, то воронка должна быть симметричной, где в широкой части симметрично относительно точных оценок больших РКИ разбросаны оценки вправо и влево — в сторону позитивного эффекта и негативного эффекта. Увы, «плохие» результаты (светлые точки) — выпадают.



Систематический обзор отличается от «обычно-го» (типа «мы обобщили доступную нам литературу») тем, что в нем:

- 1) предпринимается попытка отыскать все существующие исследования, в том числе и не опубликованные;
- 2) найденные исследования оцениваются и отбираются по заранее сформулированным ясным критериям.

Среди критериев на первом месте стоит качество исследования. Очевидно, что обобщать надо только исследования, которые стуют обобщать. Критерии должны быть установлены заранее. Глупо обобщать суждения о смертной казни членов Верховного суда России и жителей дома 32 по ул. Чапаева в г. Саратове. Если мы выделяем «хорошие» исследования, то результат их обобщения будет отличаться от результата обобщения «всех» исследований. Самый известный пример — МА РКИ скрининга на рак молочной железы. Если обобщать все, то польза есть. Если отбросить самые плохие РКИ, то пользы нет. Кажется, естественно использовать результаты «хороших» РКИ. Однако, посмотрите кругом — большинство «маммологов» и онкологов предпочитают результаты обобщения без учета качества.

Качеством, естественно, не ограничивается список возможных критериев отбора исследований для обобщения. Можно, изучая летальность после вмешательства, ограничиться только выживанием пациентов в течение 24 дней, а можно посмотреть, что будет к исходу года после лечения. Можно взять РКИ на разнообразных пациентах, а можно — только на тяжелых. И результаты обобщения будут раз-

ными. Опять возьмем самый яркий пример — альбумин при травме. Кокрановский обзор не выявил пользы от альбумина и даже небольшой вред (по выживанию). Тут же производители альбумина наняли других ученых и те, изменив критерии отбора, показали, что вред от альбумина не доказан (пользы они тоже не нашли). Кажется, важный вопрос! Поэтому организовали большое РКИ в надежде получить окончательное решение... Прошли годы работы. Пользы не обнаружилось в огромном доброкачественном испытании. И что? Вы думаете, производители альбумина и те, кто его закупает (сами знаете как), стали ограничивать применение альбумина при травме? Угадаете с одного раза?

Кстати, этот пример соответствует тому, что содержится в вопросе: при одном способе анализа эффект оказался статистически значимым, а при другом — нет. Это, конечно, нельзя назвать «противоположными результатами». Противоположные — это когда в одном случае обнаруживается польза, а в другом — вред. Так бывает крайне редко.

Именно в области выбора данных для обобщения лежат главные причины расхождения в результатах МА. К счастью, человек, знающий предметную область, сравнивая два или три систобзора, найдет причину расхождений. Было бы желание.

Возможны расхождения и в связи с применением различных статистических методов для обобщения данных отдельных исследований, т. е. в МА.

**Мега-анализ**

Напомню, что до недавнего времени — опять же — еще каких-то 20 лет назад, использовали примитивные методы типа: «В четырех обнаружили положительный эффект, а в двух — не нашли». Голосованием так сказать. В наших диссертациях и до сих пор такое бывает.

МА привносит в обобщение «вес» отдельного исследования. И тогда исследование «весомое» может перевесить 5 меньших по размерам. Все интуитивно понятно. Осталось только научиться взвешивать. Тут я должен сделать две, по-видимому, обязательные ссылки на работы, в которых доходчиво специально (Petitti D.V. Meta-analysis, decision analysis, and cost-effectiveness analysis: methods or quantitative synthesis in medicine. New York, NY: Oxford University Press; 1994) или в рамках обсуждения разнообразных видов станализа (Плавинский С.Л. Биостатистика: Планирование, обработка и представление результатов биомедицинских исследований при помощи системы SAS. СПб: Издательский дом СПбМАПО; 2005) рассматриваются методы МА.

Одной из самых очевидных проблем МА является проблема, вытекающая из того, как мы представляем себе «популяцию» (см. выше). Если мы представляем популяцию однородной, в которой эффект изучаемого вмешательства один, а предстает разным в отдельных исследованиях вследствие случайных колебаний — это одно. Если же мы представляем «популяцию» как состоящую из субпопуляций, в которых истинный эффект действительно различается, что и отражается в результатах отдельных исследований — то это — другое (т. е. у старых и молодых, у женщин и мужчин и т. д. — эффекты, ВОЗМОЖНО, разные, но мы все же хотим получить обобщенную оценку типа «так метод **ВООБЩЕ-ТО ДЕЙСТВУЕТ?»**).

Соответственно первому пониманию отвечает «модель фиксированного эффекта», а второму — «случайных эффектов». Они-то и зовутся методами Мантеля-Хэнзеля (МХ) и соответственно Дерсимоньяна-Лэйрда (ДЛ). Расчет с помощью этих двух методов приводит к результатам, которые в одних систобзорах различаются существенно, в других — нет. 10–15 лет назад считалось, что ДЛ дает более консервативные оценки, чем МХ: где МХ находит эффект, статистически значимо отличающийся от нуля, там ДЛ может не найти статистически значимого различия. Сейчас известно, что не все так просто.

Однако сравнение двух мета-анализов, предложенное в заданном вопросе, выглядит, как подтверждение этой простой точки зрения: более консервативный метод ДЛ не находит эффекта там, где МХ находит. Удивительно ли это? Нет.

Трагична ли для МА возможность получения разных результатов разными методами? Нет, конечно. Если сосед Васья считает вашу дочь дурой, а вы так не считаете, то это не значит, что мир рушится. Если энзимный метод дает отличающиеся от радионуклидного результаты, то это не основание впадать в панику. Если метод МХ дает иные результаты, чем ДЛ в МА — это не повод сомневаться в МА. Это повод предполагать, что «истинный» эффект вероятно мал, по сравнению с различиями между исследованиями. Вот и все. Настоящие проблемы в другом месте — там, где относительно эффектов вмешательств просто нет доброкачественных данных, и нечего обобщать. Это совсем недалеко — зайдите в отделение физиотерапии.

Надеюсь, что мне удалось ясно, хотя и длинно ответить на поставленный вопрос. Жаль, что не помню, когда и как я не ответил коллеге П...ву. Тогда бы я знал — почему. А так мне остается только запоздало извиниться.

**Сопредседатели секции:**

- **Нонинов В.Е.**,  
д.м.н., профессор,  
заместитель главного терапевта ГУЗ УДП
- **Богомолов Б.П.**,  
член-корр. РАМН, профессор,  
заместитель главного инфекциониста ГУЗ УДП

**Программа заседания:**

1. Основной доклад
2. Выступления оппонентов
3. Доклад спонсора

Заседание пройдет по адресу: Москва, Ленинский проспект, д. 32-А  
Здание Президиума Российской Академии Наук, центральный вход  
3-й этаж, синий зал заседаний

Проезд до станции метро «Ленинский проспект» (первый вагон из центра) или на любом троллейбусе от станции метро «Октябрьская-кольцевая»

**Сопредседатели секции:**

- **Беленков Ю.Н.**,  
член-корр. РАН, академик РАМН,  
д.м.н., профессор
- **Сандриков В.А.**,  
член-корр. РАМН, д.м.н., профессор
- **Глезер М.Г.**,  
д.м.н., профессор

**Программа заседания:**

1. Круглый стол
2. Обсуждения
3. Доклад спонсоров

Заседание пройдет по адресу: Москва, Ленинский проспект, д. 32-А  
Здание Президиума Российской Академии Наук, центральный вход  
3-й этаж, синий зал заседаний

Проезд до станции метро «Ленинский проспект» (первый вагон из центра) или на любом троллейбусе от станции метро «Октябрьская-кольцевая»

**Не пользуйтесь чужим именем, господа!**

Не так давно мне в руки случайно попала книга «Клиническая фармакология» авторов И.Б. Сидоренковой и С.А. Мухортова, напечатанная тиражом 1000 экз. в типографии «Азбука», г. Барнаул. Книга как книга. Но... Каково было мое удивление, что она вышла, оказывается, в издательстве НЬЮДИАМЕД, директором которого я являюсь.

На склероз вроде бы не жалуюсь, я обратилась к уважаемым авторам — с просьбой объяснить, на каком основании они решили использовать наименование и все юридические идентифицирующие признаки (адрес, номер лицензии и т. д.) нашего издательства, не имея на это согласия последнего. Так и не дождавшись вразумительного объяснения и учитывая незаконность действия авторов, предложила им заключить Соглашение «О возмещении ущерба, причиненного незаконным использованием фирменного наименования» с выплатой символической суммы в качестве компенсации. И снова молчание...

Я обращаюсь к господам И.Б. Сидоренковой и С.А. Мухортову: согласно ч. II ст. 138 ГК (гражданского кодекса) и п. 4 ст. 54 ГК за незаконное использование фирменного наименование и нарушение объекта интеллектуальной собственности вас можно привлечь к судебной ответственности.

Ошиблись — извольте дать объяснение и хотя бы публично извиниться, защитив этим свои честь и достоинство. Не забывайте — за вами коллектив Алтайского государственного медицинского университета (ректор проф. Брюханов В.М.).

Пользуясь случаем, хочу предостеречь всех настоящих и будущих авторов, всех, кто хочет публиковать свои труды — не поступайте противозаконно, не используйте чужого имени, ибо этим вы подставляете не только себя, но и своих коллег.

Директор издательства НЬЮДИАМЕД  
В. Буланова

## Приглашение

**«Инфекция мочевых путей: быстрое развитие, быстрое лечение»**

5 декабря 2006 года  
Начало в 17.00  
Вход по приглашениям

Ч  
Е  
Л  
О  
В  
Е  
К  
И  
И  
Н  
Ф  
Е  
К  
Ц  
И  
Я

Побудила сестра к клавиатуре (синоним — взяться за перо) честная, открытая статья пульмонолога Визеля, его искренне непонимание того, что вокруг видны признаки впаривания. Действительно, тема эта сложная и опасная. Вот только когда нам суют масло «Рама» в магазине, маслом не являющееся, то это хоть и плохо, но вопрос неврачебный — тут другие органы должны заниматься. А когда впаривают лекарства — это уже наша профессиональная зона ответственности.

ми и эуфилином. Сам он каждые 5 минут дышал ингаляторами, которые рекомендовалось отбирать у больных при поступлении, так как кончались эти ингаляции иногда смертью. Таких больных на утренних конференциях передавали друг другу с особым рассказом, так как не давали они спать обычно всей больнице, включая реаниматологов.

Но иногда вывести таких больных из приступа удавалось простым способом регулируемого, или «волевого», дыхания. Сядешь, бывало, рядом, дашь в рот трубочку от капельницы, второй конец которой опушен в трехлитровую банку, возьмешь такого страдальца (чаще — страдальцу) за руку и делаешь с ним неглубокий вдох носом, а потом глубокий, долгий выдох в трубочку, всем телом, сгибаясь туловищем и выдавливая остатки воздуха из легких животом. И приговариваешь, успокаиваешь, не давая больному часто дышать.

Сначала обычное неприятие этой «глупости» пациентом, а потом, с первого же выдоха, становится легче и через несколько таких дыхательных упражнений обычный неприятие этой

## ОБЩИЙ АНАЛИЗ

от П. Медика

### БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА — СИНДРОМ УДУШЬЯ ИЛИ БОЛЕЗНЬ?

Бронхиальная астма, приступ удушья, что здесь болезнь, а что — симптом. Вопрос неспроста, так как от ответа на него, очевидно, зависит терапевтическая и стратегия и тактика. Предупреждаем сразу — речь ведем только об астме, которая когда-то именовалась инфекционно-аллергической, она наиболее частая.

Как определяют сегодня ученые-пульмонологи, астма — заболевание с аллергическим и воспалительным компонентом, а удушье — лишь проявление всего этого. Но так ли уж они правы. Если астма — воспаление, нужно лечить воспаление, а это нестероидные средства. Если аллергия, то оправданы все противоаллергические средства, но они, как и нестероидные противовоспалительные, в общем не работают. Получается, что астма — своеобразная бронхоспастическая реакция, возникающая у аллергика, поначалу в ответ на воздействие некоего аллергена (правда — не всегда, иногда первые развернутые приступы реализуются после физической нагрузки). Она сродни аллергическому риниту, отеку Квинке, но и анафилактическому шоку. Если и есть здесь место «воспалению», то оно, воспаление, вторично, свидетель и компонент аллергического ответа, а не его инициатор.

Так все-таки астма — это удушье. Это — не астматическая болезнь, хотя именно так ее позиционируют. Как стенокардия, это не некая «ишемическая болезнь» (неясно чего, согласитесь словосочетание «болезнь сердца» звучит диким анахронизмом), а специфические боли в области грудины. Как язва желудка — не язвенная болезнь, такой не найдете в международной классификации болезней — МКБ-Х. Язва — синдром.

Отчего возникает удушье, бронхоспазм? Всегда ли от «аллергии»? Все знают, что нет. Классическое возникновение приступа связано с физическим усилием — стоит человеку нагрузиться, как либо развернутое удушье, либо — приступ кашля. Что это? Причем здесь воспаление с аллергией?

Почему так долго и так философично? Да потому, что лечить приступ — это одно, а некую болезнь — другое. Приступ купировали — и все. А болезнь лечить — это целое дело, действо.

Кто дежурил в скорпомощной больнице лет двадцать назад помнит ночные ужасы, когда привозили тяжелого астматика — «без вен», сидящего на различные голоса, возбужденного, требующего к себе непрерывного внимания. Обычно такой больной принимал постоянно большие дозы гормонов. «Отливали» пациента растворами с гормона-

ражаний бронхоспазм существенно уменьшался. Именно в 70–80-е годы взойшли звезды Стрельниковой и Бутейко, которые пытались объяснить эффективность «волевого дыхания» какими-то странными теориями, в частности про насыщение человека углекислотой. Но, несмотря на теории, «волево дыхание» работало и работает сейчас. Более того, именно тогда стали появляться астма-школы, которые на первых порах пропагандировали именно физические методы борьбы с приступами астмы: специальную дыхательную гимнастику, оздоровляющие и общеукрепляющие занятия.

Часто в программу борьбы за здоровье астматика входило закаливание, оно и сейчас помогает, особенно детям. Контрастный душ, обливание холодной водой, вечернее мытье ног в холодной воде, короткая пробежка по снегу, баня, сауна, бассейн. Все — без фанатизма, в удовольствие, совсем не обязательно ежедневно, достаточно 1–2 раза в неделю. Но ведь помогает, никуда от этого не денешься. Десятки больных благодарны за эти советы и рекомендации: закаливаться, дышать с сопротивлением на выдохе и без глубокого вдоха. Не избавляет их это от астмы, но позволяет быстро купировать очередной приступ, прервать серию приступов.

И еще один забытый «официальной» пульмонологией способ лечения астмы — плазмаферез. Никто ведь не доказал, что он не эффективен, просто списали метод на основании того, что иностранцы им не пользуются. Да и компании-производители фармпродукции не платят за популяризацию плазмафереза. Вот и перестали его пропагандировать те, кто начинал применять его. Именно с плазмаферезом у астматиков были выполнены первые рандомизированные двойные слепые клинические исследования в нашей стране. Но они противоречили неким «установкам» начальников от пульмонологии и их пытались приостановить, задержав на год с лишним публикации результатов.

Конечно, читаешь господина Визеля, восклицаящего пафосно: «неужели астма-школы являются способами маркетинга, а вернее — впаривания лекарств и думаешь с грустью — в настоящее время именно так и есть. Нет-нет, не надо их закрывать, они очень нужны и полезны. Но нужно тщательно отбирать технологии для пропаганды, учитывая, в том числе и этические соображения, и финансовые аспекты, и опыт российский, не скидывая со счетов. А сегодня уже можно говорить, что что-то, за что деньги фирмы готовы платить, впаривается, а иное, не приносящее непосредственного дохода промоторщикам, — уничтожается, мочится. В сортире. Хорошо ли это, правильно ли?

## Приглашение

**«Головокружение не от успехов»**

13 декабря 2006 года  
Начало в 17.00  
Вход по приглашениям

К  
А  
Р  
Д  
И  
О  
Л  
О  
Г  
И  
Ч  
Е  
С  
К  
А  
Я  
С  
Е  
К  
Ц  
И  
Я

## ОСТЕОАРТРОЗ: ПРОБЛЕМА ГЕРИАТРИИ



2004 г.  
В. В. Цурко  
Издательство «Ньюдиамед»

Обсуждаются современные схемы лечения и комплексы обоснованной терапии остеоартроза с перспективой использования препаратов, модифицирующих структуру хряща, а также вопросы профилактики заболевания. Книга предназначена для врачей-терапевтов, геронтологов, ревматологов, а также для студентов старших курсов и слушателей системы ФППОВ.

## Очерки по производственной и клинической трансфузиологии

Под ред.  
Воробьева А.И.  
Издательство Ньюдиамед  
2006 г.



Книга создана преимущественно сотрудниками Гематологического научного центра РАМН под руководством академика А.И. Воробьева. Это отчет о сложном и славном пути развития трансфузиологии за последние десятилетия. Главные победы на этом пути — спасение сотен тысяч, миллионов жизней пациентов, погибших от кровопотери: и раненых на фронте, и пострадавших в катастрофах и многих, многих других. Книга — не руководство в полном смысле этого слова, а лишь очерки, освещающие наиболее острые и актуальные проблемы современной трансфузиологии: трансфузионная терапия острой массивной кровопотери, кровотечений родильниц, трансфузионная терапия наследственных и приобретенных нарушений свертывания крови, инфузионная терапия септического шока, особенности заместительной трансфузионной терапии в онкологии, искусственное питание, плазмаферез и другие методы экстракорпорального воздействия на кровь, стандартизация и управление качеством в службе крови.

Очерки предназначены для врачей трансфузиологов, хирургов, реаниматологов, врачей отделений интенсивной терапии, сотрудников станций переливания крови, студентов и ординаторов.

## SCHWARZ PHARMA

SCHWARZ PHARMA AG  
Россия, Москва, ул. Усачева 33/2, стр. 5  
Тел. +7 495 9330282  
Факс +7 495 9330283  
[www.schwarzpharma.com](http://www.schwarzpharma.com)  
[www.medi.ru](http://www.medi.ru)

### ВАЗОНИТ® 600 мг ретард

Вестник МГНОТ (бесплатное приложение для врачей к журналу «Клиническая геронтология»). Тираж 6000 экз.  
Свидетельство о регистрации ПИ № ФС77-19100 от 07 декабря 2004 г.

**РЕДАКЦИЯ:** Главный редактор П.А. Воробьев  
**Редакционная коллегия:** А.В. Власова (ответственный секретарь), А.И. Воробьев, В.А. Буланова (зав. редакцией), Е.Н. Кочина, Л.А. Положенкова, Т.В. Шишкова, Л.И. Цветкова  
**Редакционный совет:** А.И. Воробьев (председатель редакционного совета), В.Н. Ардашев, З.С. Баркаган, А.С. Беловский, Ю.Н. Беленков, Ю.Б. Белоусов, Б.П. Богомолов, И.Н. Бокарев, В.И. Бурцев, Е.Ю. Васильева, В.А. Галкин, М.Г. Глезер, Е.Е. Гогин, А.П. Голиков, Д.И. Губкина, Н.Г. Гусева, Л.И. Егорова, В.М. Емельяненко, Р.М. Заславская, Г.Г. Иванова, В.Т. Ивашкин, А.В. Калинин, А.В. Каляев, С.В. Карпова, М.И. Кечкер, А.И. Кириенко, В.М. Ключев, Ф.И. Комаров, Б.М. Корнев, Л.Б. Лазебник, В.И. Маколкин, И.В. Мартынов, А.С. Мелентьев, А.А. Михайлов, В.С. Моисеев, В.Е. Ноников, Н.А. Мухин, Е.Л. Насонов, В.А. Насонова, В.Г. Новоженко, Л.И. Ольбинская, Н.Р. Палева, М.А. Пальцев, В.А. Парфенов, А.В. Пожева, А.В. Покровский, В.И. Покровский, Н.П. Потехин, А.Л. Раков, М.П. Савченко, В.Г. Савченко, В.В. Серов, В.Б. Симоненко, А.И. Синопланников, В.С. Смоленский, Г.И. Сторожаков, А.Л. Сыркин, В.П. Тюрин, А.И. Хазанов, Е.И. Чазов, А.Г. Чучалин, Л.В. Циганова, В.В. Цурко, Т.В. Шишкова, Н.А. Шостак, А.В. Шенкерт, Н.Д. Юшук, В.Б. Яковлев

Газета распространяется среди членов Московского городского научного общества терапевтов бесплатно  
Адрес: Москва, 115446, Коломенский пр., 4, ГКБ № 7,

Кафедра гематологии и геронтологии  
Телефон (495)118-7474, e-mail: [mtpndm@dol.ru](mailto:mtpndm@dol.ru)  
[www.zdrav.net](http://www.zdrav.net)

Отдел рекламы (495) 729-97-38

При перепечатке материала ссылка на Вестник МГНОТ обязательна.

За рекламную информацию редакция ответственности не несет.